

Alla Regione del Veneto  
Direzione Servizi sociali  
Dorsoduro 3493  
30123 VENEZIA

Pec:  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

Oggetto: Legge regionale 14 dicembre 2018, n. 44 art. 2 “*Disposizioni in materia di tassa automobilistica*”. Richiesta esenzione dal pagamento della tassa automobilistica per i veicoli adibiti al trasporto di persone anziane e disabili.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**Art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445**

Il sottoscritto:

<b><i>Dati del legale rappresentante dell'Associazione di volontariato o di promozione sociale che sottoscrive la presente dichiarazione:</i></b>	
Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
In qualità di legale rappresentante di: <b>barrare la casella interessata</b> <input type="checkbox"/> Associazione di Volontariato <input type="checkbox"/> Associazione di Promozione sociale <i>(indicare la denominazione dell'Associazione e il codice fiscale)</i>	Denominazione: _____ C.F. : _____
Iscrizione al Registro regionale Scadenza _____	Codice di classificazione
Sede legale:	Via _____, n. _____ CAP _____ Comune _____ Prov _____
Recapiti telefonici	Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

*(se compilato a mano, i dati devono essere leggibili)*

**CHIEDE**  
**(inserire nella tabella tutti i dati richiesti, pena l'esclusione)**

θ **l'esenzione** del pagamento della tassa regionale per i seguenti veicoli (compilare la tabella anche nel caso la tassa automobilistica sia già stata pagata):

Targa	Tipologia mezzo (Marca/Modello)	Destinatari: <input type="checkbox"/> Anziani <input type="checkbox"/> Disabili <b>Barrare la/e casella/e interessata/e</b>	<b>Mese di scadenza:</b>
Targa	Tipologia mezzo (Marca/Modello)	Destinatari: <input type="checkbox"/> Anziani <input type="checkbox"/> Disabili <b>Barrare la/e casella/e interessata/e</b>	<b>Mese di scadenza:</b>
Targa	Tipologia mezzo (Marca/Modello)	Destinatari: <input type="checkbox"/> Anziani <input type="checkbox"/> Disabili <b>Barrare la/e casella/e interessata/e</b>	<b>Mese di scadenza:</b>
Targa	Tipologia mezzo (Marca/Modello)	Destinatari: <input type="checkbox"/> Anziani <input type="checkbox"/> Disabili <b>Barrare la/e casella/e interessata/e</b>	<b>Mese di scadenza:</b>

Possono essere aggiunte ulteriori righe

**Allega alla presente domanda la sottoelencata documentazione obbligatoria:**

- Copia del documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore,
- Copia carta di circolazione ovvero copia del certificato di proprietà dal quale risulti l'attuale proprietario e la data di possesso.

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

- **di essere consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sulle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci o false;**
- **che i dati riportati nella presente dichiarazione, nonché negli allegati alla stessa, rispondono al vero;**
- **che il/i mezzo/i è/sono utilizzato/i in funzione delle finalità statutarie di cui all'art. \_\_\_\_\_ che devono prevedere il trasporto di persone anziane e disabili ai sensi dell'art.2 della LR 44/2018;**
- **di impegnarsi ad annotare giornalmente in un apposito registro interno i dati relativi ai mezzi utilizzati per l'attività sopra indicata, non in convenzione, (targa automezzo, Km percorsi, numero e tipologia delle persone trasportate (persone anziane autosufficienti, non autosufficienti, disabili), che potrà essere richiesto dalla Regione del Veneto per effettuare i controlli a campione.**

**Dichiara** altresì di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – G.D.P.R.), i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e con le modalità previste dalla "Informativa generale privacy" ai sensi dell'art. 13 del G.D.P.R.

**In fede**

.....

.....

**(Data )**

**(Firma del legale rappresentante)**

L'Amministrazione regionale si riserva di effettuare controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, secondo le modalità ivi indicate.